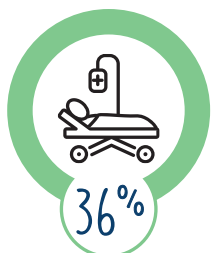


Réforme du financement des établissements de Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR). Inégalités et inefficience

→ La place des établissements de SMR privés dans l'offre hospitalière nationale



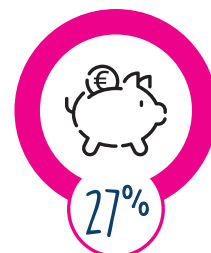
ÉTABLISSEMENTS
OU STRUCTURES



DU CAPACITAIRE
NATIONAL
(lits et places)




DE L'ACTIVITÉ EN
NOMBRE DE JOURNÉES
D'HOSPITALISATION
50% pour l'hospitalisation
de jour (HDJ)




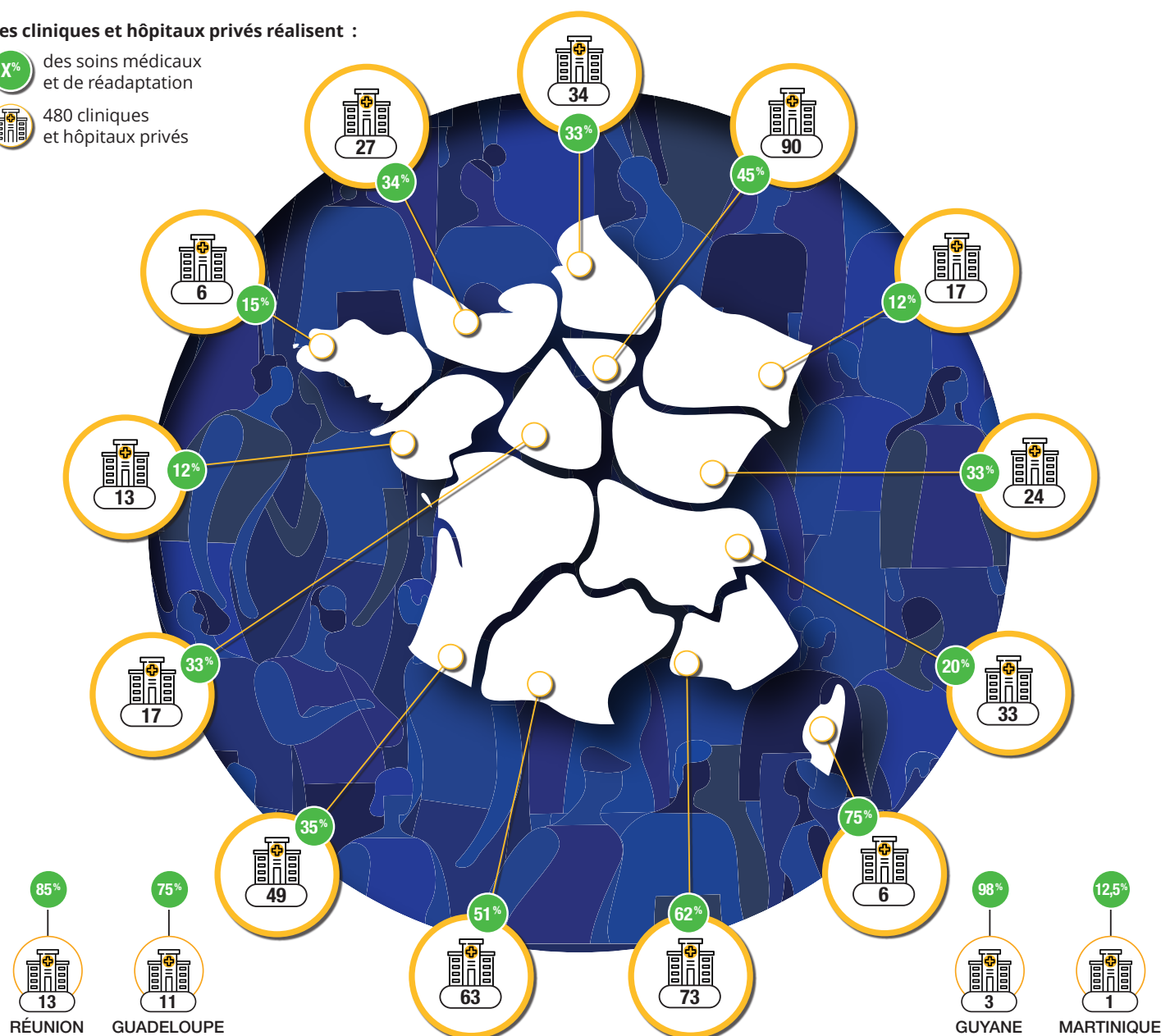
SEULEMENT DES
RESSOURCES AMO
(ODSMR)

→ La place des établissements SMR privés en région

Les cliniques et hôpitaux privés réalisent :

 **x%** des soins médicaux
et de réadaptation

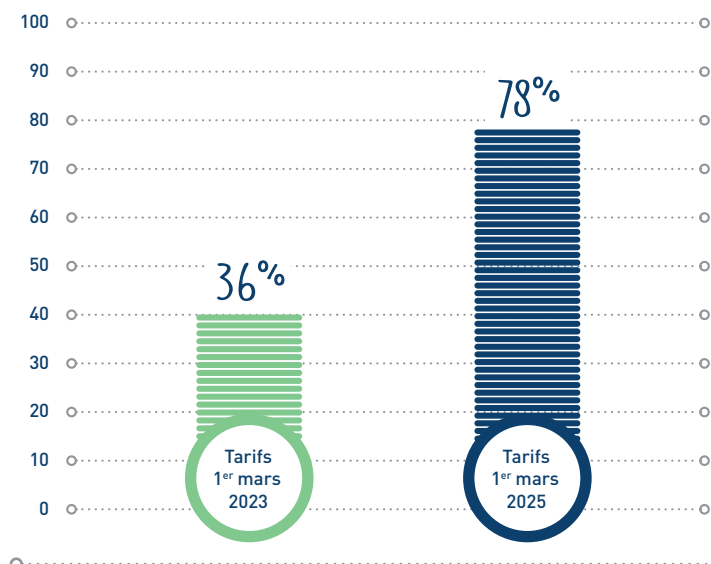
 480 cliniques
et hôpitaux privés



Depuis le 1^{er} janvier 2024, la réforme du financement des établissements de SMR de tous statuts est devenue effective avec un financement pour moitié à l'activité et pour moitié par dotation populationnelle. Et les constats d'une iniquité entre établissements publics et privés sont sans appel.

→ Avec la réforme, les écarts de tarifs sont passés de 40% à 80% (+de 100% en HDJ) entre le secteur privé et le secteur public et associatif (ESPIC). Sans aucune justification.

Évolution de l'écart moyen de tarifs entre ex-DAF et ex-OQN en HC en relatif (%)

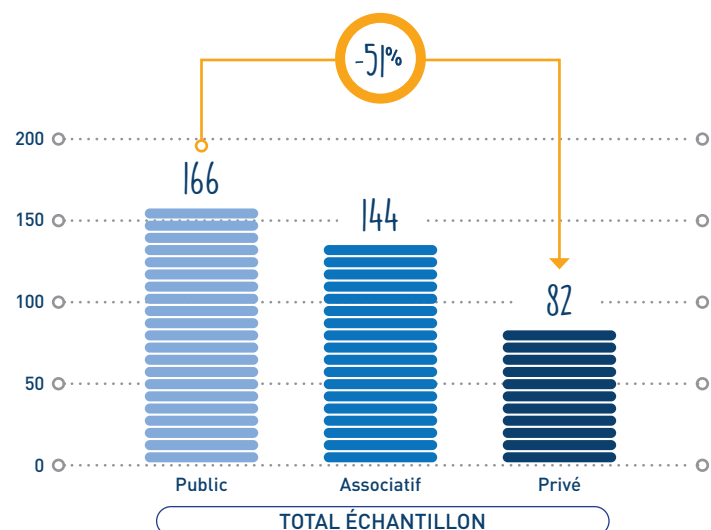


→ La dotation populationnelle est deux fois plus importante par lits/places ou par journées de soins dans le secteur public que dans le secteur privé. Sans aucune justification.

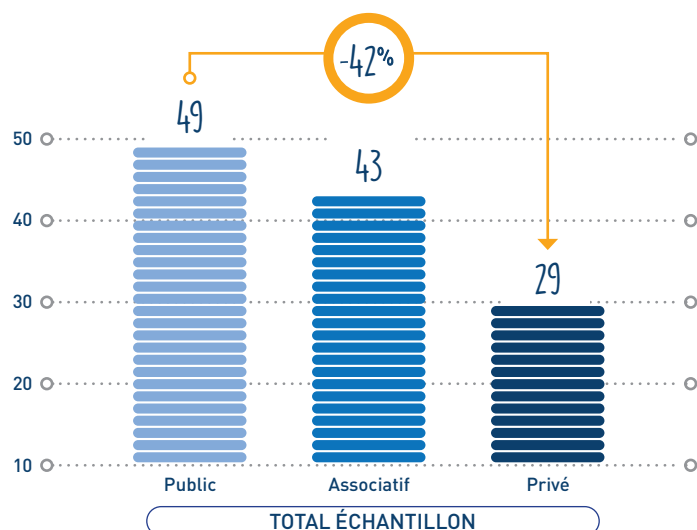
La dotation populationnelle des établissements de santé privés est en moyenne entre 42% et 51% inférieure au secteur public.

Panorama des dotations populationnelles des établissements SMR de l'échantillon 2024

Valeur dotation populationnelle par journée de soins (€)



Valeur dotation populationnelle par équivalent lit^{1,2} (K€)



Échantillon : Dot. pop (M€) = 3 029 • Établissements = 1 035 • M journées de soins : 24,9

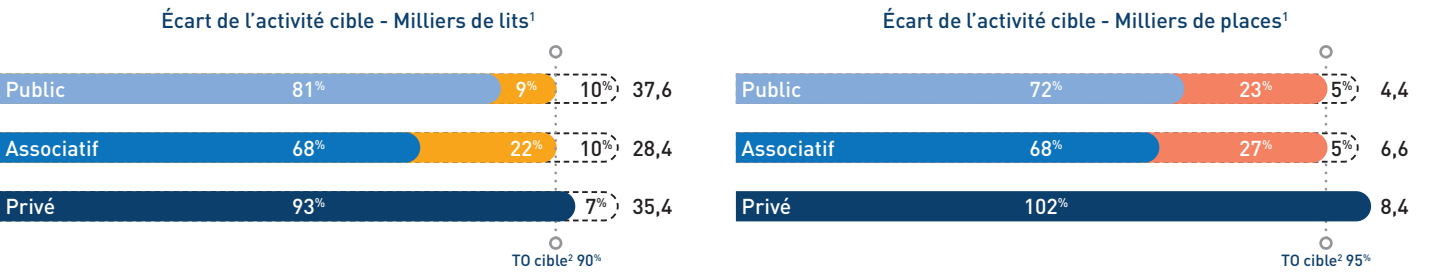
1. Par hypothèse : 1 lit = 2 places • 2. Par hypothèse, capacité 2023 = 2024 • Source FHP, arrêtés de financement des établissements SMR. DREES - statistique annuelle des établissements. Données établies sur la base d'un échantillon représentatif de 1 035 établissements de tous statuts (57% des établissements SMR) représentant 24,9 M de journées (71% des journées nationales) et plus de 3 Md€ de dotation populationnelle (75% du montant national).

La mise en place de la dotation populationnelle, comme nouveau vecteur de financement, devait permettre l'harmonisation du financement des établissements de SMR et de réduire les inégalités territoriales sur la base de critères géo-populationnels objectifs. Cette dotation représente 4,2 Md€.

Or, il n'en est rien ! Dévoyée, les inégalités territoriales ne se corrigent pas dès lors que la dotation populationnelle est venue constituer un soutien financier à des structures, sans lien avec l'activité et sans répondre à des besoins populationnels. Des lits vides sont tout simplement financés par de l'argent public.

→ En finançant des lits « vides », ce sont près de 515 M€ gaspillés à travers la dotation populationnelle

Rebasage de la dotation populationnelle selon l'activité (K lits et places : M€ ; 2024)



L'équivalent de **9 700 LITS** sont financés à vide en deçà d'un TO cible de 90%

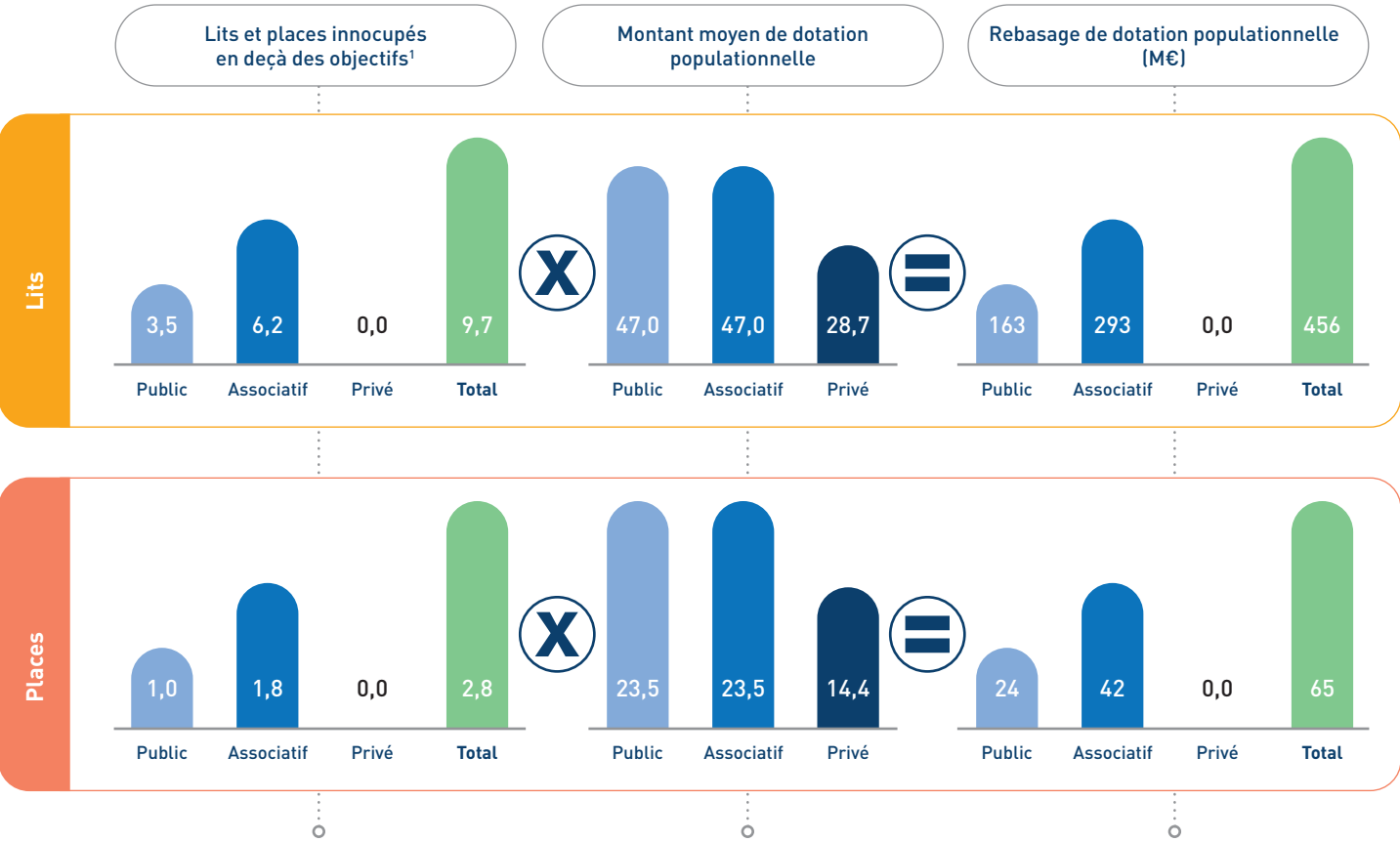
L'équivalent de **2 800 PLACES** sont financées à vide en deçà d'un TO cible de 95%

■ Lits et places occupés ■ Lits et places inoccupés en deçà de l'objectif <=> Complément à 100% 1. Par hypothèse, capacité 2023 = 2024 • 2. TO cible calculé sur 365 jours par an.

La dotation populationnelle étant répartie sur les lits déclarés, la réalité de l'occupation desdits lits est sans incidence sur le financement.

Ainsi, sur le fondement d'un taux d'occupation de 90% en hospitalisation complète et 95% en hospitalisation partielle, ce sont 9 700 lits et 2 800 places qui sont financés sans activité en regard, soit l'équivalent de 515 M€ exclusivement imputables aux secteurs publics et ESPIC.

Rebasage de la dotation populationnelle selon l'évolution de l'activité^{1,2,3} (M€ ; 2024)

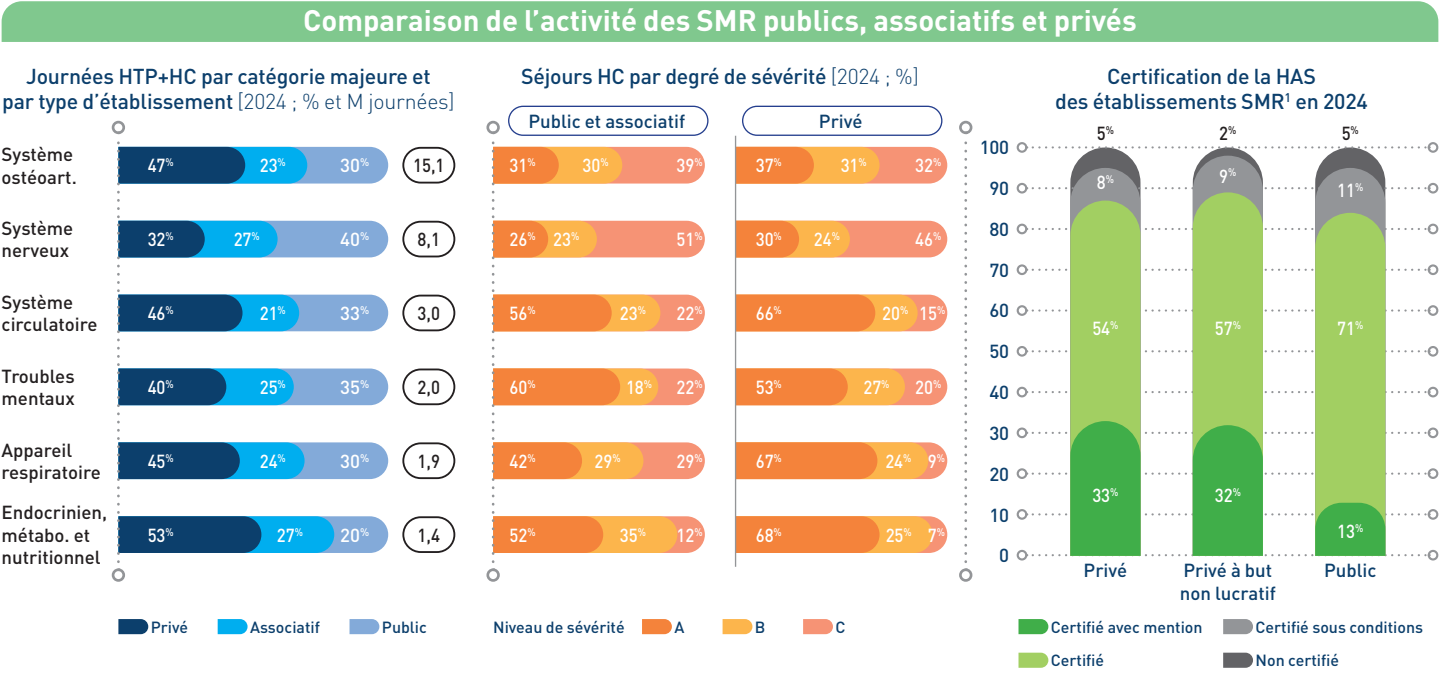


1. TO cible calculé sur 365 jours par an, 90% pour les lits et 95% pour les places, par hypothèse, capacité 2023 = 2024. NB : calculs réalisés au niveau sectoriel. Une approche par établissement montrerait les écarts d'occupation au sein des secteurs. • Source DREES - statistique annuelle des établissements, CEHPP; comités financement DGOS.

 Le rebasage de la dotation populationnelle, en excluant les lits et places non occupés, représente un gain de 515 M€ pour l'AMO

Les constats d'inégalités et d'inefficience des financements dans leurs nouvelles modalités ne sont pas justifiés par le profil des patients pris en charge, étant précisé que les activités SMR reposent sur un cadre réglementaire commun et un périmètre tarifaire identique.

→ L'écart de dotation populationnelle entre privé, public et associatif ne s'explique pas par l'activité médicale - catégories majeures, lourdeur, qualité.



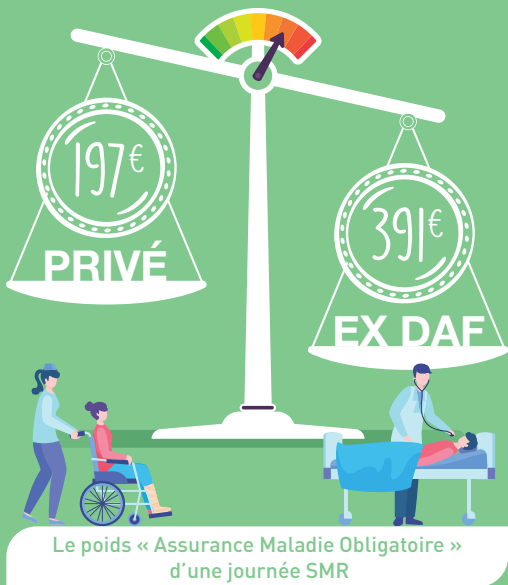
→ Conclusion

Un an après la mise en place de la réforme du financement des établissements de SMR, les biais constatés doivent être corrigés pour améliorer l'efficience du système de santé. L'harmonisation des financements souhaitée initialement n'a finalement aboutie qu'à un accroissement injustifié ainsi qu'à un manque d'efficience flagrant et délétère pour l'ensemble des acteurs.

Le poids « Assurance Maladie Obligatoire » d'une journée SMR en secteur « ex DAF » (public et privé associatif) est estimé à 391 € versus 197 € dans notre secteur.

Sur cette base, et pour une même prise en charge, 1 point de taux de prise en charge en SMR qui basculerait du secteur public vers le secteur privé engendrerait **70 M€ de dépenses en plus**. Renouer avec la dynamique d'activité du secteur privé antérieure à la réforme, qui fut désincitative, se traduirait par des économies majeures pour les ressources de l'Assurance maladie.

La réalité économique et des activités sur les territoires devrait pouvoir justifier que le secteur privé de SMR soit accompagné et non pas sanctionné.



LEXIQUE

- AMO : Assurance Maladie Obligatoire
- ESPIC : Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif
- Ex-DAF : Etablissements anciennement sous Dotation Annuelle de Financement (établissements publics et ESPIC)

- Ex-OQN : Etablissements anciennement sous Objectif Quantifié National (établissements privés)
- HC : Hospitalisation à temps Complet
- ODSMR : Objectif de Dépenses d'assurance maladie afférent aux activités de Soins Médicaux et de Réadaptation
- TO : Taux d'Occupation des lits et places

